Lane Medical Library

Ueber

Fibrome des praeperitonealen Bindegewebes.

INAUGURAL-DISSERTATION,

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 5. August 1884

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Richard Lemcke

aus Berlin.

OPPONENTEN:

Herr Dr. Baggerd, pract. Arzt.
- Dd. med. Weise.
- Cand. med. Hartwig.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstr. 158.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/ueberfibromedesp0000rich

Seinen theuren Eltern

in innigster Liebe und Verehrung

gewidmet

vom

Verfasser.

Die Fibrome des praeperitonealen Bindegewebes gehören zu denjenigen Neubildungen, welche in ätiologischer Beziehung noch wenig bekannt sind. Erst neuerdings hat sich die Aufmerksamkeit der Beobachter diesen Gebilden zugewandt, deren Entstehungsweise so unklar ist, und deren Bedeutung für das Leben sie zu den interessantesten Objecten der ärztlichen Behandlung macht. Seit dem Jahre 1879 sind im Kgl. Augusta-Hospital zu Berlin fünf derartige Fälle beobachtet worden, welche den Gegenstand nachstehender Abhandlung bilden mögen.

1. Helene Hain, geb. Stachow, Druckerfrau aus Pyritz, 47 Jahre alt, hatte eilf mal geboren, zuletzt vor sechs Jahren. Die Patientin gab an, stets gesund gewesen zu sein, auch ihre Kinder sämmtlich selbst gestillt zu haben. Vererbung und psychische Einflüsse wurden von ihr entschieden in Abrede gestellt. Die ersten Symptome ihres Leidens waren von der Patientin nicht genau beobachtet worden. Sie vermochte nur anzugeben, dass sie vor drei Jahren ca. eine wallnussgrosse Geschwulst in der Regio hypogastrica dextra bemerkt habe, welche zuerst langsam, seit einem Jahre rascher wuchs. Schmerzen traten nur zur Zeit der Menstruation auf, und zwar in lancinirender Weise und in ziemlicher Heftigkeit. Sonst fühlte sich die Patientin vollkommen wohl, ihr Appetit, Schlaf und Stimmung waren gut, neuralgische und hysterische Symptome nicht vorhanden.

Bei der am 22. März 1879 vorgenommenen Untersuchung zeigte die gesunde und kräftige Frau, deren rothe, blühende Gesichtsfarbe keine Spuren eines längeren Leidens erkennen liess, kein auffälliges Symptom einer so gefährlichen Affection. Der Panniculus adiposus war reichlich, die Temperatur der Haut normal, abnorme Schweisssecretion und Drüsenschwellungen nicht vorhanden, die Brüste gut entwickelt, der Warzenhof dunkel pigmentirt. Dagegen bestand Psoriasis über einen grossen Theil des Körpers, und an den unteren Extremitäten geringe Varicositäten und Oedeme.

Die Haut des Abdomen zeigte ausgedehnt vorhandene Striae gravidarum, auf der rechten Seite, die durch einen grossen Tumor stark hervorgewölbt war, einige erweiterte Venen. Derselbe lag in der Regio hypogastrica dextra, vollkommen beweglich, leicht zu verschieben, Adhäsionen an der Vorderwand bestanden nicht, dagegen adhärirte der Tumor auf der hinteren Seite nach dem Colon ascendens zu. Seine Consistenz war hart, knollig, ungleichmässig, nicht fluctuirend, auf Druck bestand geringe Schmerzhaftigkeit. Er hatte nahezu Mannskopfgrösse, aber eine etwas flache Gestalt. Druckerscheinungen auf andere Organe waren nicht zu constatiren, der Percussionsschall in beiden Lumbargegenden gedämpft. Eine Messung des Abdomen ergab Folgendes:

1. Umfang in der Ebene des Nabels . . 113 cm
2. Entfernung von der Spitze des Proc. xiph. bis zum Nabel . . . . . 25 „
3. Vom Nabel bis zur Symphyse . . . . 19 „
4. Von der rechten Spina ant. sup. oss. Ilei bis zum Nabel . . . . . 31 „
5. Von der linken Spina ant. sup. oss. Ilei bis ebendahin . . . . . 22 „

Bei der Exploration per vaginam zeigte sich der Uterus normal in der Mittellinie, beweglich, 9 cm lang. Muttermund und Cervix etwas angeschoppt, Scheide weit, am Mastdarm und After nichts Besonderes. Bei der bimanuellen Untersuchung vom Rectum her liessen sich beide Ovarien normal und ohne Zusammenhang mit der Geschwulst palpiren. Urin normal.

Herr Prof. Küster stellte die Diagnose auf Fibrom in den Bauchdecken, vermuthete zugleich auch eine feste Verwachsung desselben mit dem Peritoneum.

Bei der am 25. März vorgenommenen Exstirpation des Tumors, welche unter den strengsten antiseptischen Cautelen angestellt wurde, zeigte sich derselbe in weiter Ausdehnung mit dem Peritoneum verwachsen, so dass ein etwa handgrosses Stück des letzteren mit fortgenommen werden musste. Nach sorgfältigster Ausspülung und Desinficirung des Peritonealraumes wurde die Wunde durch Nähte geschlossen, und zwar so, dass das Peritoneum mitgefasst wurde. In die Hautwunde wurde, um den Abfluss der Wundsecrete zu begünstigen, ein Drain eingelegt, und über der Wunde ein antiseptischer Verband angebracht.

Der weitere Verlauf war ein ungünstiger. Gleich nach der Operation war die Patientin sehr munter, nicht lange darauf aber begann sie zu brechen und collabirte sehr stark. Deshalb wurde Abends der Verband gewechselt, es fand sich aber nichts Abnormes. Nach Anlegung eines neuen Verbandes befand sich die Patientin am anderen Morgen ganz wohl, gegen Abend hin aber collabirte sie wieder mehr. Am 27. März 1879 brach die Patientin sehr viel und wurde sehr schwach. In der Nacht vom 27. zum 28. März erfolgte der Exitus letalis.

Die Section ergab eine starke Blutansammlung im Peritonealraum. Die das Peritoneum mitfassenden Nähte

hatten dasselbe durchschnitten, weil hier die Spannung erheblich grösser war, als an der Hautwunde und es hatte nun aus der Musculatur der Bauchwand eine Blutung stattfinden können. Von Peritonitis nirgends eine Spur. Organe sehr blass und blutleer. Als Ausgang der Geschwulst musste mit Wahrscheinlichkeit die Fascia transversa angesehen werden, von wo sie einerseits gegen das Peritoneum, andererseits in die breiten Bauchmuskeln hineingewachsen war.

2. Minna Schulz, Zimmermannsfrau aus Strassburg, 32 Jahr alt. Im April 1879 bemerkte die Patientin zufällig eine kleine Geschwulst unter der Haut der rechten Lebergegend. Dieselbe wuchs zuerst langsam, in der letzten Zeit schneller und verursachte nur zuweilen mässigen Schmerz. Bei der Untersuchung fand sich dieselbe etwa faustgross, unter der Haut verschiebbar. Die Oberfläche der Geschwulst war gleichmässig glatt, ihre Consistenz derb. Bei Spannung der Musculatur wurde der Tumor mehr fixirt, wodurch sein Ursprung aus der Bauchmuskulatur sicher gestellt wurde.

Diagnose: Fibrom der Bauchdecken.

Am 17. Februar 1880 wurde die Exstirpation vorgenommen. Nach Durchtrennung der Haut durch einen querverlaufenden Schnitt zeigte sich die oberflächliche Lage des Tumors. Derselbe war nur von der Fascia superficialis bedeckt. Nach Durchschneidung der letzteren lag die Geschwulst frei zu Tage, eingeschlossen und fixirt von der sehr stark verdickten Fascie der Mm. obliqui, gleichsam wie eingekapselt. Der Tumor liess sich aus derselben ziemlich gut ausschälen, er ruhte auf der Fascia transversa. Das Peritoneum wurde nicht verletzt. Die Hautwunde wurde durch Nähte verschlossen, für den Abfluss des Wundsecrets ein Drain eingelegt, und die Wunde mit einem antiseptischen Verbande bedeckt.

Am 20. Februar wurde der erste Verbandwechsel vorgenommen, die Wunde zeigte ein gutes Aussehen, Wundsecret war nur in geringer Menge vorhanden, so dass am

23. Februar das Drainrohr entfernt werden konnte.

Am 26. Februar war die Heilung per primam nahezu vollendet, nur die Stelle, wo das Drainrohr gelegen hatte, granulirte noch. Dieselbe wurde mit Salicylwatte bedeckt und der Patientin erlaubt aufzustehen.

Am 4. März konnte dieselbe als geheilt entlassen werden.

3. Ida Göpfert, Schifferfrau aus Beetz, 23 Jahre alt. Die kräftig aussehende Patientin, welche angab, stets gesund gewesen zu sein, bemerkte vor zwei Jahren eine damals etwa enteneigrosse, feste Geschwulst auf der rechten Seite des Abdomen, etwas unter Nabelhöhe. Dieselbe wuchs sehr langsam, so dass sie von der Patientin nicht weiter beachtet wurde. Beschwerden verursachte dieselbe nicht. Im letzten halben Jahre wuchs der Tumor sehr rasch der Mittellinie zu, und flösste dadurch der Patientin Besorgniss ein. Im Juli 1880 suchte sie desshalb die Anstalt auf.

Bei der Untersuchung fand man die rechte Seite des Abdomen durch einen etwa kindskopfgrossen Tumor halbkuglig vorgewölbt. Derselbe reichte nach links bis zur Mittellinie, nach oben bis zum Nabel, und schien seinen Sitz in den Bauchdecken zu haben, denn er wurde beim Anspannen der Bauchmuskulatur etwas mehr fixirt. Die Haut über dem Tumor war unverändert und liess sich in Falten aufheben.

Diagnose: Fibrom der Bauchdecken.

Zum Zwecke der Exstirpation, am 26. Juli 1880, wurde die Haut über dem Tumor durch eine etwa 12 cm lange Incision gespalten. Dieselbe folgte der Richtung des M. obliquus externus. Die Geschwulst zeigte sich

überzogen von einer derben, fest aufsitzenden Kapsel, welche von der Aponeurose der Bauchmuskeln gebildet war. Nach der Bauchhöhle zu lag sie unmittelbar dem Peritoneum an. Bei der Ablösung des Tumors entstand ein 4 cm langer Einriss in dem Peritoneum, welcher sofort mit Catgutligaturen verschlossen wurde. Es folgte der Verschluss der Wunde durch Nähte, nachdem ein Drain eingelegt worden war, darüber ein antiseptischer Verband.

Am folgenden Tage befand sich die Patientin im Allgemeinen wohl. Einmal hatte sie grünes Erbrechen, welches durch Eispillen und Opium beseitigt wurde. Die Pulsfrequenz betrug 114.

Am 28. Juli gutes Befinden, Pulsfrequenz 102.

Der weitere Verlauf war durchaus ohne Zwischenfälle. Am 10. August wurde der Verband entfernt, und am 28. desselben Monats verliess die Patientin geheilt die Anstalt.

4. Ernestine Nürnberg, Wirthschafterin, 42 Jahre alt, hatte schon seit Jahren in der Mittellinie des Unterleibes, zwischen Nabel und Symphyse, eine Geschwulst, welche in letzter Zeit sehr schnell gewachsen war. Die Diagnose war bei dem reichlich entwickelten Fettpolster der Patientin nicht so leicht zu stellen. Der Tumor erwies sich etwa von der Grösse eines Kindskopfes, von harter Consistenz, die Haut darüber war normal, nicht leicht verschieblich, das Ganze gegen den Leib sehr beweglich und leicht emporzuziehen. Unter diesen Umständen konnte die Diagnose „Fibrom der Bauchdecken“ nicht füglich eine fehlerhafte sein.

Am 17. Juni 1881 wurde an der gut narcotisirten Patientin die Exstirpation des Tumors vorgenommen. Ein Hautschnitt in der Linea alba eröffnete die Operation. Es bestanden Verwachsungen des Tumors mit der Umgebung, die sich in den oberen Partien leicht lösen

liessen. Dagegen fanden sich in der Tiefe straffe Verwachsungen mit der Scheide beider Mm. Recti abdominis, von welcher der Tumor offenbar ausging. Die Totalexstirpation gelang, ohne dass das Peritoneum eröffnet wurde. Die Operation schloss mit der Anlegung von Ligaturen, nachdem ein Drain eingefügt war; darauf wurde die Wunde mit einem Listerverband bedeckt.

Am 21. Juni wurde zum ersten Male der Verband gewechselt, und da so gut wie gar kein Secret vorhanden war, das Drainrohr entfernt. Darauf wurde ein neuer Lister-Verband angelegt.

Am 28. Juni war vollständige Heilung per primam erfolgt, der Verband wurde abgenommen.

Am 5. Juli war die Patientin völlig geheilt und wurde mit der Weisung, ein Corset zu tragen, entlassen.

Der folgende Fall, im Jahre 1882 beobachtet, betrifft ein Fibrom des praeperitonealen Bindegewebes, welches durch seinen Sitz merkwürdig ist. Denn während diese Tumoren mit Vorliebe die Bauchwand in Anspruch nehmen, befand sich der gedachte im linken Labium maius und reichte weit in das kleine Becken hinein:

5. Lisette Jarius, Portiersfrau aus Berlin, 42 Jahre alt, gab an, stets gesund gewesen zu sein. Im December 1881 bemerkte sie in der Gegend links vor dem After zwei haselnussgrosse, unter der Haut verschiebliche Knoten, welche zuerst von dem Arzt für Hämorrhoiden gehalten wurden. Später entdeckte sie auch an der linken grossen Schamlippe ähnliche Protuberanzen. Das starke Wachsthum derselben, sowie Unbequemlichkeit beim Gehen, Ziehen im linken Bein und gewisse Schmerzen veranlassten die Patientin, sich behufs Operation in die Anstalt aufnehmen zu lassen. — Die Untersuchung ergab ein stark vergrössertes Labium maius

sinistrum, unter der Haut desselben einen eigenthümlich lappigen, weichen Tumor, der sich fast bis zum Anus hin verfolgen liess.

Diagnose: Weiches Fibrom des Labium maius sinistrum.

Exstirpation: Erst nachdem eine Incision gemacht war, liess sich die Diagnose auf Fibrom sicher stellen. Bei dem Herauspräpariren trat mehr und mehr die lappige Form des Tumors in die Erscheinung, der sich mit dünnen Ausläufern bis in das kleine Becken hineinerstreckte. Durch sorgfältiges Herauspräpariren der einzelnen Fortsätze gelang es, den Tumor in allen seinen Theilen zu entfernen. Die ca. 20 cm lange Wunde wurde, nach Einlegung eines Drain, durch Ligaturen verschlossen. Dieselbe wurde mit Jodoform bestreut, darüber Salicylwatte und ein Druckverband angelegt.

Nach 8 Tagen wurde der Verband entfernt, und da keine Spur von Eiterung eingetreten war, kein neuer Verband angelegt, sondern die Wunde mit Salicyl-Collodium bestrichen. Die Patientin verliess die Anstalt völlig geheilt.

Die Untersuchung des Tumors ergab, dass derselbe eine blättrige Beschaffenheit hatte; mikroskopisch enthielt er nur Bindegewebe.

Nach Betrachtung vorstehender Fälle erübrigt es, auf die Litteratur unserer Geschwülste etwas genauer einzugehen, um sodann über die Topographie und Aetiologie, sowie über Verlauf und Symptomatologie, Prognose und Therapie derselben das Erwähnenswerthe beizubringen.

Die Literatur dieser Tumoren ist keine überaus reichhaltige, und knüpft sich fast ausnahmlos an die Namen der noch jetzt lebenden Meister der Chirurgie. Wie in vielen anderen Zweigen hat auch hier B. v. Langenbeck die Bahn gebrochen, indem er 1850 das erste der-

artige Fibrom exstirpirte, dem bis 1879 noch zwei weitere Fälle folgten. Hiervon endeten zwei Fälle tödtlich, einer genas. Besonderes Interesse erheischt der von Krönlein 1876 aus v. Langenbeck's Klinik mitgetheilte Fall:

Die sechsunddreissigjährige Patientin, welche seit 9 Jahren verheirathet und stets gesund gewesen war, bemerkte vor etwa 6 Jahren eine wallnussgrosse, schmerzlose Geschwulst in der Perinealgegend links von der Vagina. Nach 3 Jahren war der Tumor kindskopfgross. Nunmehr zeigte sich auch in der linken Schenkelbeuge eine kleine, ebenfalls schmerzlose Geschwulst, die ebenfalls rasch wuchs. Seit 6 Monaten cessirten die Menses und seit derselben Zeit bemerkte die Frau eine dritte Geschwulst in der linken Unterbauchgegend, seitdem fühlte sie auch Ziehen und Eingeschlafensein im linken Beine.

Bei der Untersuchung zeigte sich der Leib mässig aufgetrieben, auf Palpation nicht schmerzhaft. In der Höhe des Nabels konnte man die Grenzen einer elastisch weichen Geschwulst constatiren, welche sich bis in die Beckenhöhle erstreckte. Die Percussion ergab innerhalb der Grenzen derselben Dämpfung, in beiden Hypochondrien dagegen bestand tympanitischer Schall. Der zweite Tumor befand sich in der linken Inguinalgegend, etwa mannskopfgross, von weicher Consistenz, und erstreckte sich durch den Annulus cruralis vermittelst eines Stieles in das Becken. Die Haut darüber war normal. Die linke Seite des Perineums zwischen vorderer Commissur der Vulva und Anus wurde durch einen ebenso grossen Tumor von praller Consistenz und glatten Contouren hervorgewölbt. Derselbe drängte die linke Wand der Vagina so weit nach rechts und aussen, dass ein förmlicher Prolapsus vaginae entstand. Durch Untersuchung per Vaginam und Rectum wurde

konstatirt, dass dieser Tumor sich seitlich von der Vagina in die Beckenhöhle fortsetzte, und wahrscheinlich mit dem Abdominaltumor und dem der linken Schenkelbeuge zusammenhing. Denn übte man auf den Perinealtumor einen Druck aus, so stieg der Abdominaltumor nach oben, und die Erschütterung bei der Percussion des Perinealtumors pflanzte sich bis auf den Tumor der linken Schenkelbeuge fort. Dabei war der Uterus erheblich vergrössert, nach rechts und oben dislocirt, die Ovarien normal. Die übrigen Organe des Abdomen und der Brust zeigten nichts Abnormes. Albuminurie bestand nicht.

Es wurde unter diesen Umständen ein weiches, extraperitoneales Fibrom des Beckenzellgewebes diagnosticirt, als dessen Fortsätze die Tumoren in der Inguinal- und Perinealgegend zu betrachten wären.

Da die Patientin dringend wünschte, von ihren heftigen Beschwerden befreit zu sein, so wurde am 19. Mai 1876 das Fibroma crurale exstirpirt, leider mit nicht glücklichem Erfolge. Am vierten Tage nach der Operation abortirte die Patientin mit einer 4—5 Monate alten Frucht, worauf rascher Collaps folgte. Zudem wurden die Hautdecken des Perinealtumors überall da, wo sie auflagen, gangränös, und am 1. Juni trat Exitus letalis an Septichaemie ein.

Der Tumor war sehr weich und saftreich, auf dem Durchschnitt glatt, glänzend. Man konnte deutlich einzelne Schichten erkennen, die sich als ebenso viele Blätter leicht abpräpariren liessen. Aus der Geschwulst konnte eine farblose, eiweisshaltige, an der Luft coagulirende Flüssigkeit ausgedrückt werden. Das Mikroskop bestätigte die Diagnose eines weichen Fibroms.

Bei der Section ergab sich, dass der Tumor von dem sub- und retroperitonealen Bindegewebe seinen Ursprung nahm, welches das Rectum, die Vagina und die

Harnblase umgiebt. Bei seiner weiteren Entwickelung dehnte er sich naturgemäss überall dahin aus, wo er den geringsten Widerstand fand. So drängte er nach oben das Peritoneum vor sich her gegen die Bauchhöhle, nach unten drang er neben Vagina und Rectum durch den Beckengang gegen das Perineum und nach links durch den Annulus cruralis in die Schenkelbeuge. Merkwürdig ist, dass dieser seltene Habitus sich in allen drei Fällen von Langenbeck's wiederholte.

Billroth operirte, soviel mir bekannt, zwei Fälle von praeperitonealem Fibrom, und zwar zuerst ein kindskopfgrosses Fibroma mucosum bei einer 26jährigen Frau. Dasselbe war von kugliger Form, sass der Scheide des rechten M. rectus abdominis auf und war am medialen Rande mit dem Peritoneum verwachsen. Billroth scheute sich nicht, bei der Exstirpation das betreffende Stück des Peritoneums mit zu entfernen, was vor ihm noch Niemand gewagt hatte. Es erfolgte völlige Heilung.

Sehr interessant ist der zweite von ihm in seiner Privatpraxis operirte Fall, sowohl wegen der bedeutenden Grösse des Tumors, als wegen des grossen aus dem Peritoneum excidirten Stückes. Es sei mir darum gestattet, denselben etwas ausführlicher zu schildern. Die 24jährige Patientin, welche 3mal geboren hatte, zum letzten Male vor $^1/_2$ Jahre, bemerkte etwa ein Jahr nach der zweiten Entbindung eine runde Geschwulst nahe der rechten Spina ant. sup. oss. Ilei, welche sich hart anfühlte und keine Beschwerden verursachte.

Von einer Exstirpation wurde damals wegen Mangels einer dringenden Indication abgesehen. Die dritte Gravidität, welche bald darauf eintrat, verlief bis auf die sehr schwere Entbindung normal. Während und nach der Schwangerschaft trat vermehrtes Wachsthum ein, so dass die Geschwulst durch ihr Gewicht Beschwerden verursachte. Ausserdem entstanden ausstrah-

lende Schmerzen in das rechte Bein. Diese Gründe, sowie die Rücksicht auf den voraussichtlich bald eintretenden Marasmus indicirten dringend die Entfernung des Tumors.

Bei dem kurz vorher aufgenommenen Status zeigte sich die rechte Hälfte des Abdomen durch eine mehr als mannskopfgrosse, rundliche Geschwulst eingenommen. Die Grenzen derselben waren oben der Rippenrand, unten die Schenkelbeuge, lateralwärts die vordere Axillarlinie und medialwärts die Linea alba. Die Haut über dem Tumor war straff gespannt, etwas verschiebbar, von prallgefüllten Venenconvoluten durchzogen. Derselbe hatte eine glatte Oberfläche, eine sehr harte Consistenz, und war nach allen Richtungen in geringem Grade verschieblich.

Bei der Exstirpation fand man den Tumor bedeckt von der straff gespannten, breitgezerrten Fascie des M. rectus abdominis. Der Muskel selbst war nach links verschoben, fettig degenerirt und lag zum Theil der Geschwulst auf. Das hintere Blatt der Muskelscheide umgab die entsprechende Seite des Tumors mit sehr innigen Adhaesionen, ebenso bestand eine feste Verwachsung des letzteren mit dem Peritoneum, aus welchem behufs Totalexstirpation ein etwa handgrosses Stück excidirt werden musste. Eine nennenswerthe arterielle Blutung fand nicht statt, dagegen war der venöse Blutverlust ein so bedeutender, dass man zur Ligatur schreiten musste. Der Verschluss der Wunde erfolgte in der Art, dass im oberen Theile derselben zuerst das Peritoneum unter mässiger Spannung allein genäht wurde, und dann erst die darüber befindliche Haut. Die Nähte im unteren Theile der Wunde dagegen wurden durch alle Schichten der Bauchwand hindurchgeführt und zum Schluss zwei Drains eingelegt.

Auch in diesem Falle erfolgte, wenn auch nur

langsam, die Heilung. Dieselbe ward unterbrochen durch zweimalige spontane Entleerungen von Eiter durch die Vagina, welcher von einer Abscessbildung im Douglas'schen Raum herrührte. Nach etwa $1^1/_2$ Monat war die Wunde vollständig vernarbt. Der Patientin wurde verordnet, eine Bauchbinde zu tragen, an der eine Pelotte zur Verhinderung der Bildung einer Hernia ventralis angebracht war.

Der Tumor erwies sich als reines Fibrom, und hatte ein Gewicht von $9^1/_2$ Pfd.

Fünf von Esmarch operirte Fälle finden sich genauer in den Dissertationen von Cornils und Suadicani beschrieben. In einem derselben handelte es sich nicht um ein reines Fibrom, sondern um einen fibrös-zelligen Tumor, in welchem Cysten mit seröser Flüssigkeit eingelagert waren. Die übrigen Fälle seien nachstehend kurz skizzirt:

Bei einer 25jährigen Frau war im Herbst 1858 in der Gegend des Nabels eine wallnussgrosse Geschwulst konstatirt worden, welche bis zum Frühjahr 1859, wo die Patientin entbunden wurde, langsam wuchs, und dann im Wachsthum still stand. Dieselbe hatte bei der Untersuchung die Grösse einer Mannsfaust, war von derber, harter Consistenz und mit der sie bedeckenden Haut vollkommen verlöthet. Sie reichte mit einem ziemlich dünnen Stiele in die Tiefe, und war daselbst, wie sich bei der Exstirpation zeigte, mit der Fascia transversa und mit dem Peritoneum verwachsen, so dass ein etwa 8 cm grosses Stück des letzteren mit entfernt werden musste. Am 4. Tage nach der Operation erfolgte der Exitus letalis durch septische Peritonitis.

Der zweite Fall betraf eine 34jährige Frau. Dieselbe bemerkte vor einem Jahre rechts vom Nabel eine wallnussgrosse Geschwulst, welche rasch wuchs, ohne Beschwerden zu machen. Ihre Consistenz war derb,

ihre Oberfläche höckerig, ihre Grösse zur Zeit der Operation die eines Hühnereies. Wegen bestehender inniger Verwachsung mit dem Peritoneum wurde die Basis der Geschwulst zurückgelassen. Zwei Jahre später starb die Patientin an einer intercurrenten Krankheit, nachdem während einer Schwangerschaft ein Recidiv in der Narbe eingetreten war.

In einem anderen Falle handelte es sich um eine 28jährige Frau, welche zweimal, zuletzt vor 21 Wochen normal geboren hatte. Dieselbe entdeckte im Beginne ihrer zweiten Gravidität an der rechten Seite des Abdomen einen Tumor, welcher allmählich wuchs und von ihr für ein zweites Kind gehalten wurde. Die Haut über demselben liess sich in Falten erheben, seine Oberfläche war eben, die Consistenz derb und fest. Es bestand eine feste Verwachsung mit dem Peritoneum, aus welchem bei der Exstirpation 200 Quadratctm. excidirt werden mussten. Nach drei Monaten trat vollständige Heilung ein.

Ein 40jähriger Mann endlich hatte bereits im Jahre 1866 in der Gegend rechts und unterhalb des Nabels einen kleinen Knoten gefühlt, welcher allmählich wuchs. Es handelte sich um ein Fibrom, welches von der hinteren Scheide des M. rectus abdominis ausgegangen war. Wiederholt hatte sich der Patient bei verschiedenen Aerzten Operationen unterzogen, da nicht lange nach der ersten Exstirpation in der Narbe Recidive aufgetreten waren, welche auch nach den späteren Exstirpationen wiederkehrten. Im Jahre 1874 wurde von Esmarch alles Krankhafte entfernt. Indessen traten auch nach dieser Operation Recidive in der Gegend der Narbe auf.

Neuerdings sind von Herzog vier Fälle von Fibrom der Bauchdecken aus der Volkmann'schen Klinik berichtet worden, welche in Nachstehendem erwähnt werden mögen:

August Männike, Maschinenwärter aus Jessnitz, 43 Jahre alt, überstand vor 3 Jahren eine anscheinend nicht erhebliche Peritonitis. Damals klagte er hauptsächlich über Schmerzen in der Ileo-Coecal-Grube, wo auch nach Ablauf der Krankheit ein kleiner, harter Knoten zurückblieb, der keine Beschwerden verursachte. Seit einem Jahre wuchs derselbe, ohne dass der Patient eine Ursache angeben konnte. — In der Gegend der Ileo-Coecal-Grube fühlte man einen beweglichen, harten, etwa hühnereigrossen Tumor, der seinen Sitz in den Bauchdecken hatte. Die Haut darüber, von normaler Färbung, liess sich in Falten erheben. Der Tumor liess sich nicht vom Lig. Poupartii fortbewegen, sonst war er nach allen Richtungen frei beweglich. Einige Inguinaldrüsen waren mässig geschwellt. — Bei der Exstirpation musste aus dem Peritoneum ein Stück von 10 Quadratctm. mit entfernt werden. — 2 Tage lang erbrach der Patient heftig, Fieber bestand nur am Tage nach der Operation. Die Wunde heilte in ganzer Ausdehnung ohne Reaction per primam intentionem. Am 20. Tage nach der Operation konnte der Patient als geheilt entlassen werden. — Der Tumor selbst war von solider Consistenz, blass fleischfarben, und erwies sich bei mikroskopischer Untersuchung als reines Fibrom.

Minna Wille, eine 24jährige Oekonomenfrau aus Wolferode, war früher stets gesund, und überstand zwei normale Wochenbetten. Seit einem Jahre bemerkte sie in der rechten Seite des Bauches eine Geschwulst, die ohne Beschwerden zu machen in den letzten Monaten rasch gewachsen war. — Am 6. Februar 1877 fand die Operation statt, bei der sich zeigte, dass der Tumor mit der gemeinsamen Fascie der seitlichen Bauchmuskeln und mit dem M. rectus abdominis zusammenhing, von welchem letzteren Theile mit entfernt werden mussten. Am oberen Ende des Tumors fand sich eine so innige

Verwachsung mit dem Peritoneum, dass eine Verletzung desselben nicht vermieden werden konnte. Die Wunde wurde mit 10 Catgutnähten verschlossen, die Bauchdecken durch tiefe und oberflächliche Suturen vereinigt und für den Abfluss der Wundsecrete 3 Drains eingelegt. Am Tage nach der Operation war die Temperatur etwas erhöht, sonst befand sich die Patientin während der ganzen Dauer der Heilung vollständig wohl, am 3. Tage wurden die Drains entfernt. Vierzehn Tage nach der Operation stand die Patientin auf und am 3. März, dem 25. Tage nach der Operation, wurde sie geheilt entlassen.

Hedwig E., Amtmannsfrau aus H. Die 32jährige Patientin gab an, früher nie krank gewesen zu sein und viermal normal geboren zu haben. Dieselbe bemerkte vor einem Jahre etwa einen undeutlichen, ziemlich harten Knoten am Bauche. Allmählich wuchs die Geschwulst bis zur Grösse eines Kindskopfes und erwies sich bei der Untersuchung von glatter Oberfläche und ziemlich derber Consistenz. Der Tumor, zum grösseren Theile unterhalb des Nabels gelegen, reichte bis zur Mittellinie und seine Axe war der Linea alba parallel. Die Haut darüber war normal und leicht zu verschieben. Die Geschwulst, welche ihren Sitz in den Bauchdecken hatte, liess sich von den Seiten her ziemlich scharf umgreifen, während ihre Grenzen nach oben und unten undeutlicher waren. Seitlich liess sie sich in geringem Masse verschieben. — Die am 30. Juni 1878 vorgenommene Totalexstirpation des Tumors verlief so glücklich, dass das Peritoneum unverletzt blieb. — Der Wundverlauf war in jeder Beziehung normal. Am Tage nach der Operation bestand geringe Temperaturerhöhung. Die Heilung selbst erfolgte in ganzer Ausdehnung der Wunde per primam unter zwei antiseptischen Verbänden. Am 15. Juli wurde die Patientin geheilt entlassen.

Clara Apel, Schmiedsfrau aus Sulza, 28 Jahre alt. Die Patientin, welche stets gesund gewesen war, machte zwei normale Wochenbetten durch. Vor $1^1/_2$ Jahren, im Beginne ihrer zweiten Gravidität bemerkte sie rechts und oberhalb des Nabels eine harte Anschwellung, welche nach Beendigung der Schwangerschaft rasch wuchs, ohne Beschwerden zu verursachen. — Der etwa mannskopfgrosse Tumor befand sich ziemlich in der Mitte des Abdomen, war von harter, fester Consistenz und glatter Oberfläche. Die Haut darüber von reichlichen Venen durchzogen, war im Uebrigen normal und nicht mit der Geschwulst verwachsen.

Durch die combinirte Untersuchung gelang es, die praeperitoneale Lage des Tumors nachzuweisen: Derselbe war leicht mit den Bauchdecken verschiebbar, ausserdem konnte man, seitlich eindringend, seine hintere Fläche abtasten, und ihn beim Umfassen von der Seite emporheben. — Zum Zwecke der Exstirpation wurde die Haut durch einen Schnitt in der Mittellinie, welcher dicht unter dem Proc. xiph. begann und beinahe bis an die Symphyse reichte, gespalten. Beide Mm. recti waren bedeutend verdünnt und verbreitert, und liefen beide über den Tumor weg. Derselbe liess sich verhältnissmässig leicht aus der Umgebung herausschälen, wobei indessen das Peritoneum in der Ausdehnung von etwa 6—8 cm einriss. Der Einriss sowie die Wunde in der Haut wurden in der mehrfach erörterten Weise geschlossen. Am Tage nach der Operation hatte die Patientin einige Male Erbrechen, auch beobachtete man an ihr eine geringe Temperaturerhöhung. Sonst ereignete sich im Wundverlauf nichts Abnormes, und nach etwa einem Monat wurde die Patientin geheilt mit einer Bauchbandage entlassen.

Aus der Spiegelberg'schen Klinik ist von Graetzer ein sehr interessanter Fall von doppelseitigem Fibroid

in den Bauchdecken beschrieben worden. Derselbe wurde im Jahre 1879 beobachtet und betraf eine 33 jährige Frau, welche zweimal geboren hatte. Vor $2^1/_2$ Jahren, und zwar einige Monate nach der letzten Entbindung, hatte diese die Geschwülste zuerst bemerkt, deren Grösse allmählig und ohne Beschwerden zu machen zunahm. — Bei der Untersuchung präsentirten sich beide Tumoren ungefähr kindskopfgross, der linke etwas kleiner. In der Mittellinie waren sie getrennt durch eine von der Linea alba und dem Nabel gebildete Furche. Im Uebrigen zeigten sie die charakteristischen Eigenschaften der praeperitonealen Fibrome. — Die Exstirpation wurde in der Art ausgeführt, dass zuerst der rechtsseitige Tumor enucleirt wurde. Derselbe ging vom M. rectus abdominis aus und hatte seinen Sitz zwischen oberflächlicher und tiefer Bauchwandfascie: seine Entfernung gelang ohne Verletzung des Peritoneums. Anders der linke Tumor, mit dessen Exstirpation man bis nach völliger Heilung der ersten Wunde gewartet hatte. Derselbe war besonders in der Mitte seines Umfanges mit dem Bauchfell auf Innigste verwachsen, sodass dasselbe bei der Totalexstirpation mehrfach ein- und ausgerissen wurde. Auch misslang die augenblicklich versuchte Anlegung von Suturen, welche bei der grossen Spannung das Peritoneum durchrissen, sodass vorläufig die Bauchfelllücke durch einen Schwamm verdeckt werden musste. Dennoch trat, trotz der Complication mit den erwähnten mehrfachen ungünstigen Umständen auch in diesem Falle völlige Heilung ein.

In zwei von Santesson operirten Fällen erfolgte ebenfalls völlige Heilung. Einmal handelte es sich um eine kindskopfgrosse Geschwulst, welche die linke Hälfte des Abdomen einer 26 jährigen Frau ganz ausfüllte, und dem Peritoneum adhärirte. Die Totalexstirpation gelang trotzdem ohne Verletzung des Bauchfells. In dem zweiten

Falle lag der Tumor so tief im linken Hypochondrium, dass sich alle Bauchmuskeln über demselben verschieben liessen. Behufs Entfernung der $2^1/_2$ Pfd. schweren Geschwulst mussten daher die sämmtlichen queren Bauchmuskeln durchschnitten werden, auch wurde die Heilung durch hinzutretenden Muskel- und Gelenkrheumatismus erschwert.

Prof. v. Rzehaczek exstirpirte im Jahre 1879 ein grosses praeperitoneales Fibrom, und dieser Fall ist insofern von grosser Wichtigkeit, als sich die Entstehung der Geschwulst auf ein bestimmt von der Patientin angegebenes Trauma zurückführen liess. Die 25 Jahre alte Patientin, welche vor fünf Jahren ein normales Wochenbett überstanden hatte, liess sich vor etwa einem halben Jahre schwere Mehlsäcke auf die Schultern laden. Dabei fühlte sie in der Mitte der vorderen Bauchwand einen brennenden Schmerz. Bald darauf bemerkte sie eine Handbreit unter dem Nabel in der Mittelinie einen harten, unter der Haut leicht verschiebbaren Knoten. Gegen Ende Januar 1879 fühlte die Patientin wieder, jedoch ohne besondere Veranlassung, einen brennenden Schmerz in der Gegend jenes Tumors, worauf derselbe rasch wuchs und Schmerzen und Druckerscheinungen verursachte. — Es ergab sich eine Handbreit unter dem Nabel und ebensoweit von der Symphyse entfernt ein 15 cm breiter und 19 cm hoher Tumor, welcher durch die Linea alba in zwei fast gleich grosse Hälften getheilt wurde. Derselbe liess sich nach links und rechts unter der Haut verschieben. Die beiden Mm. recti abdominis waren auseinander gedrängt und begrenzten links und rechts den Tumor, welcher von harter Consistenz und auf Druck nicht schmerzhaft war. — Bei der am 4. April 1879 vorgenommenen Exstirpation ergab sich, dass der Tumor von dem rechten M. rectus abdominis seinen Ursprung nahm, und besonders in der Tiefe mit der Fascia trans-

versa und dem Peritoneum innige Verwachsungen eingegangen war. Die Verletzung des letzteren konnte nicht vermieden werden. Der linke M. rectus war mit der entsprechenden Seite der Geschwulst durch innige Verwachsungen verbunden, welche nur mit dem Messer getrennt werden konnten. Die Operation selbst verlief sehr glücklich, ebenso die Heilung der Wunde: am 11. Mai konnte die Patientin mit einer elastischen Bauchbinde entlassen werden.

Ein 17 kg schweres Fibrom des praeperitonealen Bindegewebes wurde von K. v. Rokitansky entfernt. Es handelte sich um eine 52jährige, verheirathete Frau, welche sechsmal geboren hatte. Der Tumor hatte Rokitansky und mehreren Fachkollegen ein Ovarien-Cystoid vorgetäuscht, so dass derselbe die Operation in dem Glauben unternahm, er ginge an eine Ovariotomie. Erst eine ausgiebige Erweiterung der ursprünglich nur 3 cm langen Incision gegen den Nabel hin stellte die extraperitoneale Lage des Tumors klar, und ermöglichte die Ausschälung desselben. Besonders schwer war die Entwicklung von vier durch die Lücken in der Fascie hinausgetretenen Appendices der Geschwulst, welche erst gelang, nachdem die Lücken mit dem Knopfbistouri erweitert waren. Der letzte der Bauchhöhle zugekehrte Abschnitt des Tumors war in der Ausdehnung einer Handfläche so innig mit dem Peritoneum verwachsen, dass eine Verletzung des Bauchfells behufs Totalexstirpation unvermeidlich war. Es entstanden eine grössere und mehrere kleinere Lücken in demselben, welche erstere durch eng an einander gelegte Catgutligaturen geschlossen wurde. Die Operation, welche $4^1/_2$ Stunde dauerte, war mit sehr grossem Blutverlust verbunden, so dass die Patientin schon während derselben stark collabirt war. 26 Stunden später trat Exitus letalis ein. — Der Tumor bestand aus einem grösstentheils lockeren, welligen, derbfaserigen Bindegewebe,

dessen Lücken von theils seröser, theils schleimiger Flüssigkeit erfüllt waren.

Baker-Brown operirte einen derartigen Tumor, welcher 20 Unzen wog, bei einer 30 jährigen verheiratheten Frau, welche dreimal geboren hatte. Derselbe besass die Grösse eines etwa 7 monatlichen Foetuskopfes, adhärirte an der Bauchwand und dem M. rectus abdominis, und war innig mit dem Peritoneum und einem Theil des Netzes verwachsen. Nach 14 Tagen war die Patientin geheilt.

Ein grosses gestieltes Fibrom wurde von Paget bei einer 60 jährigen Frau beobachtet. Dasselbe nahm von der äusseren Wand der Scheide des Rectus abdominis seinen Ursprung und hing bis zur Mitte des Oberschenkels herab. Die Haut darüber war entzündet, excoriirt und mit Schorfen bedeckt; der dadurch freigelegte Theil des Tumors ulcerirte und blutete so stark, dass die Patientin zu Grunde ging.

Ein Fibrom von kolossaler Grösse und Ausdehnung beobachtete Beveridge bei einem 29 jährigen Manne. Die Geschwulst hatte ihren Sitz auf der rechten Seite des Abdomen und füllte die ganze untere Hälfte der Bauchhöhle und das Becken aus, adhärirte innig der hinteren Wand der Harnblase, und reichte nach hinten bis ans Kreuzbein und die Lendenwirbelsäule. Dieselbe comprimirte die Blase und verursachte durch Druck auf die benachbarten Gefässe Störungen in der Circulation. Der Patient ging an den Folgen der Beschränkung des Abdominalraumes zu Grunde.

Die von den französischen Chirurgen operirten Fibrome der Bauchdecken sind im Jahrgang 1869 der Gaz des Hôp. publicirt. Besonders zu erwähnen ist, dass dieselben stets mit gutem Erfolge operirt haben, auch dann, wenn Geschwulsttheile in der Wunde zurück-

gelassen werden mussten, oder Peritonitis eintrat. Recidive sind ihnen niemals zur Beobachtung gekommen.

Hiermit wäre die mir zugängliche Litteratur über die praeperitonealen Fibrome erschöpft; es erübrigt noch, dass wir uns in Nachstehendem mit der Natur dieser Geschwülste, sowie ihrer Beseitigung etwas eingehender beschäftigen. Pathologisch anatomisch unterscheidet man zwei Formen von Fibromen, eine weiche und eine feste Form. Die weichen Fibrome sitzen gewöhnlich in der Cutis, bestehen aus einem weissen, zähen Gewebe und sind meistens von einer Papillarschicht der Cutis bedeckt. Mikroskopisch findet man in ihnen lockeres Bindegewebe, und auf der Oberfläche der Geschwulst fast immer Papillen; mitunter führen sie stark entwickelte Gefässe, und an der Oberfläche abnorme Haar- und Schweissdrüsenvergrösserungen. Klinisch zeigen diese Tumoren sich gewöhnlich schlaff herabhängend, oft deutlich gestielt. Wegen dieser Eigenschaft hat man sie nicht recht passend mit Cutis pendula bezeichnet.

Von bedeutend grösserem Interesse für die vorliegende Betrachtung sind die festen Fibrome oder Fibroide, welche makroskopisch aus einem festen, eng in einander gefügten Bindegewebe zusammengesetzt erscheinen. Ihre Consistenz ist sehr hart, ihre Form rundlich, knollig, auf dem Durchschnitt erscheinen sie weiss oder blass röthlich. Häufig beobachtet man auf der Schnittfläche eine concentrische Anordnung der Fasern um deutliche Achsen. Nach Billroth entsteht diese eigenthümliche Schichtung dadurch, dass die Fibrombildung zuerst um Nerven und Gefässe herum auftritt, und letztere also in der Mitte der Faserlagen eingebettet sind; die Nerven gehen dabei infolge der sie treffenden Compression nicht selten zu Grunde.

Mikroskopisch zeigen diese Tumoren selten rein fibröse Structur, sondern meistens findet man bei gleichem

Aussehen und gleicher Consistenz zwischen den Bindegewebszügen viele Spindelzellen eingelagert, welche Virchow als glatte Muskelfaserzellen deutet. Einen derart zusammengesetzten Tumor nennt er Myoma laevicellulare. Von anderen Pathologen sind diese Tumoren wegen eben dieser Spindelzellen zu den Sarcomen gerechnet worden, und demzufolge hat man sie Spindelzellensarcome genannt. Eine weitergehende Betrachtung würde über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen; die in den vorstehend erwähnten Fällen vorkommenden Tumoren waren sämmtlich reine Fibrome, und so werden sich billiger Weise die weiteren Ausführungen auch auf diese Form der Bindegewebsgeschwülste beschränken müssen.

In den Fibromen sind manche anatomische Metamorphosen beobachtet worden: Partielle schleimige Erweichung, Verkalkung und auch Verknöcherung sind konstatirt worden. Auch Excoriationen und Ulcerationen können entstehen, wenn der Tumor mit der Epidermis verwachsen ist und die Haut durch Reibung an den Kleidern usurirt wird. Ferner können diese Tumoren für das Leben gefährlich werden durch die so schwer stillbaren Blutungen, welche bei etwaigen Verletzungen aus ihnen stattfinden. Sie enthalten nämlich, wie man sich durch Injectionen überzeugen kann, sowohl Arterien als Venen in reichlicher Menge, welche mit dem Fasergewebe so innig verwachsen sind, dass ihre Adventitia meist darin aufgeht. Infolge dessen können die verletzten Gefässe sich weder der Länge noch der Quere nach zurückziehen, ihre Lumina müssen demnach dauernd klaffen, und dieser Umstand erschwert die Bildung des Thrombus im höchsten Grade.

Ihren Sitz haben die praeperitonealen Fibrome vorwiegend in den Bauchdecken, und zwar nehmen sie meistens von den Muskeln und Fascien der Bauchwand

ihren Ausgang. Praedisponirt sind die Gebilde in den tieferen Schichten derselben; die hintere Wand der Scheide des M. Rectus abdominis, der Aponeurose des M. transversus abdominis und der Fascia transversalis; seltener ist schon ihr Ursprung von der Aponeurose des M. obliquus abdominis externus. Beim Sitz in den tiefen Schichten der Bauchwand liegen sie dem Peritoneum unmittelbar auf, und sind nicht selten mit demselben durch Adhäsionen verbunden. Ihr Wachsthum ist ein zwar langsames, aber stetiges, so dass sie in wenigen Jahren die Grösse eines Mannskopfes erreichen. Vermöge ihres Volumens verdrängen sie die Nachbarorgane aus ihrer normalen Lage, so das Peritoneum parietale in die Bauchhöhle hinein, und die Bauchdecken nach aussen.

Das letztere tritt besonders dann ein, wenn der Tumor von der äusseren Schicht der Bauchmuskeln ausgegangen ist. Hierher gehört das von Paget bei einer 60jährigen Frau beobachtete Fibrom. Dasselbe entsprang von der äusseren Wand der Scheide des M. Rectus abdominis in der Gegend unter dem Nabel und hing bis zur Mitte des Oberschenkels herab. Die Epidermis war mit dem Tumor verwachsen, entzündet, und zum Theil mit Schorfen bedeckt. Die Oberfläche dieser Geschwülste ist meistens gleichmässig abgerundet, mitunter aber auch mehr höckerig, ihre Consistenz gleichmässig hart und nur an solchen Stellen, an denen sich Cysten finden, elastisch. Reichen sie bis an die knöchernen Begrenzungen des Abdomen heran, so können sie mit denselben Verwachsungen eingehen.

Bei Frauen sind die Bauchdeckenfibrome ungleich häufiger beobachtet worden als bei Männern, und zwar finden sie sich bei ersteren meist in den tieferen Schichten der Bauchwand, während sie bei den letzteren die oberflächlichen Schichten bevorzugen. Sie finden sich ferner

häufiger bei Frauen, welche öfter geboren haben und sich im mittleren Lebensalter befinden, doch sind auch junge Mädchen und ältere Frauen keineswegs von ihnen verschont. Gravidität und Puerperium scheinen im Allgemeinen keinen Einfluss auf das Wachsthum derselben zu haben, nur in einzelnen Fällen wurde schnelleres Wachsthum während der Schwangerschaft konstatirt. Ob nach den klimakterischen Jahren, etwa wie bei den Uterusfibroiden, ein Stillstand im Wachsthum eintritt, kann bis jetzt nicht entschieden werden, da Beobachtungen darüber fehlen.

Die praeperitonealen Fibrome tragen wie alle Fibrome den Charakter der Benignität. Sie afficiren die nächstgelegenen Lymphdrüsen, also die der Inguinalgegend und der Axilla, in keiner Weise. Einmal total exstirpirt, pflegen sie nicht zu recidiviren. Tritt aber ein Recidiv ein, so nimmt dasselbe häufig eine maligne Form an, es entwickelt sich dann gewöhnlich ein weiches Sarcom. Sie gefährden überhaupt das Leben nur durch die kolossale Grösse, welche sie mitunter erreichen, ferner, wie schon oben erwähnt, durch die unstillbaren Blutungen, welche aus ihnen stattfinden können, und durch Verjauchung, welche unter Umständen in ihnen eintritt. Wird nämlich durch Ulceration eine in dem Tumor befindliche Cyste eröffnet, so haben die in der Luft befindlichen Fäulnisserreger die beste Gelegenheit, einzudringen und ihre für den Organismus so verderblichen Wirkungen zu entfalten. Einen Fall, wo ein kolossales Fibrom direct durch Compression auf die Organe des Abdomen und des Beckens den Exitus letalis hervorrief, habe ich schon weiter oben als von Beveridge beobachtet erwähnt: es ist dies meines Wissens der einzige der Art, welcher in der Literatur erwähnt wird.

Der Umstand, dass die meisten Fibrome der Bauchdecken eine erhebliche Grösse erreicht haben, ehe sie

zur ärztlichen Beobachtung kommen, muss uns zu der Vermuthung führen, dass diese Tumoren so gut wie gar keine Beschwerden verursachen. Und in der That sind diese Beschwerden im Anfang so gering, dass die Patienten nicht im Stande sind, den Beginn ihres Leidens auch nur mit einiger Bestimmtheit anzugeben. Meist machen sie zufällig die Entdeckung, dass sie an ihrem Abdomen eine Geschwulst von etwa Wallnussgrösse tragen, welche, da sie ihnen keine Beschwerden verursacht, von ihnen nicht weiter beachtet wird. Erst ihre allmählig zunehmende Grösse nimmt die Aufmerksamkeit der Patienten in etwas höherem Grade in Anspruch, besonders da dieses Wachsthum auch von Störungen sensibler Natur begleitet zu sein pflegt. Dieselben bestehen dann in ziehenden Schmerzen in der Bauchwand, welche besonders zur Zeit der Menses auftreten, und, wenn eine Untersuchung unterlassen wird, leicht auf Menstruations-Anomalieen bezogen werden können. Die grösste Belästigung aber empfinden die Patienten beim Gehen durch die Schwere des Tumors und beim Liegen durch den Druck desselben auf die dahinter befindlichen Organe. Diese Beschwerden sind verschieden je nach der Lage des Tumors. Druck auf die Eingeweide kann Störungen in der Verdauung und in der Defäcation veranlassen, Druck auf das Diaphragma kann die respiratorische Thätigkeit hindern, in dem schon mehrfach angezogenen Fall von Beveridge hatte der kolossale Tumor nicht nur die Blase, sondern auch die Iliacalgefässe comprimirt! Auf die Gravidität haben diese Tumoren nur dann Einfluss, wenn sie ihrer Lage und Schwere nach im Stande sind, das Wachsthum des schwangeren Uterus zu hindern, welche beiden Umstände nur selten zusammentreffen dürften. Bei alledem bleibt das Aussehen der Patienten, auch bei längerem Bestehen des

Leidens, ein ziemlich gutes; sie werden zwar etwas anämisch, aber nie bildet sich eine Kachexie.

Dieselbe Unklarheit wie über die Entwicklung der Fibrome herrscht auch über die Aetiologie derselben. Graetzer legt allen bindegewebigen Neubildungen der Bauchwand Cohnheim's Theorie von der embryonalen Anlage zu Grunde und vertheidigt seine Ansicht durch folgende zwei Punkte: Einerseits sei der während der Gravidität eintretende Affluxus sanguinis nach den Organen des Abdomen ein begünstigendes Moment für ihr häufiges Auftreten bei Multiparis, deren schlaff gewordene Bauchdecken ausserdem das Wachsthum der embryonalen Anlage erleichterten. Andererseits spreche dafür der Ausgangspunkt der Bauchdeckenfibrome von der hinteren Scheide des Rectus. Denn im Embryo sei der motorische Apparat und das Darmrohr anfänglich nur durch das Mesoderm repräsentirt, aus welchem sich am Abdomen die Muskeln mit ihren Fascien, sowie der Darmtractus mit seiner Serosa entwickelt. Unter diesen Umständen scheine der Gedanke nahezuliegen, dass es durch eine an der Grenze des fibritendinösen und serösen Systems entstandene Complication zu einer Ueberproduction oder Verirrung von Keimen komme, welche nach gewissen Veranlassungen zum Wachsthum angeregt werden.

Graetzer selbst findet im Verlauf seiner Erwägungen, dass diese Momente nur bei Multiparis zur Erklärung ausreichten und vermuthet bei Nulliparis und bei Männern als Veranlassung zur Entwicklung dieser Tumoren ein etwa stattgehabtes Trauma. Zugegeben aber, das Trauma sei das veranlassende Moment, so gelingt es vielleicht, das Auftreten und die Entwicklung unserer Fibrome zu erklären, ohne die Hypothese der embryonalen Anlage zu Grunde legen zu müssen. Durch traumatische Einwirkungen auf Muskeln entstehen in denselben nicht gar selten Continuitätstrennungen oder Rupturen. Derart

entstandene Zerreissungen sind zuerst von Virchow für den M. Rectus abdominis beschrieben worden, aber auch an den übrigen Bauchmuskeln sind sie, wenngleich seltener, beobachtet worden. Dieselben können durch heftige Contractionen der normalen Bauchmuskeln, sowie durch pathologische Veränderungen der Muskelsubstanz entstehen. Diese Veränderungen bestehen entweder in fettiger Metamorphose des Innern der Primitivbündel oder in eigenthümlichen Erweichungen, welche zu einem körnigen Zerfalle des Muskelfleisches führen. Die letztere Veränderung tritt namentlich bei metastatischen Processen ein, in ganz ähnlicher Weise wie am Herzen durch Embolie der zuführenden Arterien. Die fettige Metamorphose entsteht meist langsam bei alten Leuten, an paralytischen Theilen, bei langer und vollständiger Muskelruhe. Beide Veränderungen bedingen eine pathologische Brüchigkeit des Muskels. Hierbei wird schon eine mässige Anstrengung des betr. Muskels eine Ruptur herbeiführen können. Aber auch an normalen Muskeln können durch heftige Contractionen Zerreissungen eintreten, so beim Verarbeiten der Wehen, bei Trismus und Tetanus etc. Höchst belehrend in dieser Beziehung ist der aus der Rzehaczek'schen Klinik in Graz mitgetheilte Fall. Der Patientin waren etwa ein halbes Jahr vor ihrer Aufnahme schwere Mehlsäcke auf die Schultern geladen worden, wobei sie einen brennenden Schmerz in der Mitte der Bauchwand gefühlt hatte. Dieser plötzlich auftretende Schmerz ist wohl nicht anders als mit einer Muskelzerreissung zu erklären. Findet nun eine derartige Ruptur während des Geburtsactes statt, so ist es leicht denkbar, dass die Frauen den dabei entstehenden Schmerz auf die Geburt beziehen und nicht besonders darüber klagen. Deshalb dürfen wir uns nicht wundern, wenn in der Anamnese der Patientinnen mit praeperitonealen Fibromen Angaben, welche auf eine stattgehabte Muskel-

ruptur hinweisen, mit Ausnahme ganz vereinzelter Fälle fehlen. Ueberdies brauchen die stattgehabten Rupturen nicht gross zu sein, mitunter beschränken sie sich auf ganz kleine, nur mikroskopisch sichtbare Einrisse in der Muskelsubstanz.

An der Stelle der Ruptur, die gewöhnlich an der hinteren Seite des Muskels ihren Sitz hat, findet sich eine Blutinfiltration des Zwischengewebes, welche man bei der Section blauroth durch das Peritoneum hindurchschimmern sieht. Dazu gesellt sich eine Schwellung der zerrissenen Muskelenden, welche mit dem ergossenen Blute ein sogenanntes Muskelhaematom bildet. In einem Falle konnte Virchow auch den Ausgang einer solchen Ruptur mittheilen: Man fand bei der Section eine schwielige Narbe, Pigment- und Bindegewebsbildung in der Umgebung. Diese Haematome, welche man recht treffend Muskelcallus genannt hat, können also zur Resorption gelangen oder Ausgang der Bildung von Fibromen werden, und würden in letzterem Falle dieselbe Bedeutung haben wie ein Callus luxurians nach einer Fractur, oder ein Osteoma fracturae.

Vorstehende Erörterungen scheinen mir am ungezwungendsten die Entstehung unserer Fibrome zu erklären. Ihr häufigeres Vorkommen bei Multiparen und ihre bedeutendere Grösse bei denselben würden sich durch das häufigere Zustandekommen von totalen oder partiellen Rupturen und ferner durch die Schlaffheit der Bauchwandungen bei denselben erklären. Dass sie ferner auch bei Nulliparen und bei Männern zur Beobachtung kommen, würde in dem Umstande seine Begründung finden, dass auch in ganz normalem Muskelgewebe durch heftige Contractionen der betreffenden Muskeln Einrisse entstehen können.

Zur Sicherung der Diagnose der praeperitonealen Fibrome ist einerseits die Feststellung ihrer Lage extra

Peritoneum, andererseits der Nachweis der fibromatösen Structur des Tumors nothwendig. Ein sehr werthvolles diagnostisches Hülfsmittel ist in ersterer Beziehung die Palpation des Tumors während der Respiration. Lässt man den Patienten in der Rückenlage tief respiriren, und legt man zu gleicher Zeit eine Hand auf den Tumor, so fühlt man eine praeperitoneale Geschwulst sich während der Exspiration mit den sich contrahirenden Bauchmuskeln mitbewegen, eine intraperitoneale Geschwulst lässt unter denselben Verhältnissen die Bauchdecken über sich hinweggleiten. Von Wichtigkeit ist ferner die Bestimmung des Ausgangspunktes des Tumors. Lässt sich derselbe mit beiden Händen umgreifen und fixiren, so ist sein Sitz wahrscheinlich vor den Muskeln und Aponeurosen der Bauchwand. Versucht nun der Kranke, seinen Oberkörper ohne Unterstützung der Arme zu erheben, und zeigt sich die Geschwulst während dieser Anspannung der Bauchmuskeln als leicht verschieblich, so kann sie mit den Muskeln und deren Aponeurosen nicht verwachsen sein. Gelingt es ferner, die Haut über dem Tumor in Falten zu erheben, so besteht keine Verwachsung desselben mit der Epidermis.

Ist der Tumor mit der Bauchmuskulatur verwachsen, so wird er sich bei der Anspannung derselben und namentlich in ihrer Richtung nicht verschieben lassen. Lässt man ferner den Patienten die Bauchmuskulatur spannen, und beobachtet dabei ein Geringerwerden der Prominenz des Tumors, oder tritt der letztere dabei gleichsam in die Bauchhöhle zurück, so liegt er unter der Muskulatur, und vielleicht in der Bauchhöhle. Erschwert wird die Untersuchung recht häufig durch reichlichen Panniculus adiposus. Hat man es mit empfindlichen Patienten zu thun, oder ist die Palpation des Tumors schmerzhaft, so wird es von Vortheil sein, die Narcose zu Hülfe zu nehmen. Dabei verliert man aller-

dings den Vortheil, eine Anspannung der Muskulatur herbeizuführen. Bei Personen mit schlaffen Bauchdecken, hauptsächlich also bei Multiparis, kann leicht der Uebelstand eintreten, dass der Tumor durch die Contraction der Bauchmuskeln nicht genügend fixirt wird. Unter diesen Umständen lässt sich oft die ganze Bauchwand in einer Falte erheben, und dieser Umstand kann zu der Annahme Veranlassung geben, als läge der Tumor dicht unter der Haut. Zur Vermeidung des letzteren Irrthums versucht man vortheilhafter Weise, die Haut über dem Tumor während Anspannung der Bauchmuskeln in einer Falte zu erheben.

Im Allgemeinen wird die Diagnose eine schwierigere sein, wenn der Tumor mit der Muskelschicht zusammenhängt oder unter derselben liegt. In diesen Fällen wird sich besonders die Ausdehnung des Tumors in die Tiefe nur sehr schwer feststellen lassen. Bei mageren Personen mit schlaffen Bauchdecken kann man sich ein Urtheil darüber verschaffen, indem man die Geschwulst mit einer Hand fixirt und zugleich mit der anderen die Bauchdecken unter den Rand des Tumors zu schieben sucht. Führt man dieses Manöver an allen zugänglichen Rändern der Geschwulst aus, so gewinnt man darüber Aufschluss, wie weit der Tumor nach der Bauchhöhle hin prominirt und ob er mit den Organen des Abdomen in Zusammenhang steht oder nicht. Die so wichtige Frage über das Verhalten des Tumors zu dem Peritoneum wird auch bei dieser Untersuchung offen bleiben. Ueberdies wird es in vielen Fällen unmöglich sein, dieselbe auszuführen, so z. B. bei fettreichen Individuen oder bei krankhafter Anspannung der Bauchmuskulatur, wie sie bei Ueberfüllung der Abdominalorgane oder bei grossen Tumoren der Bauchwand eintritt. Unter diesen Umständen wird auch die Percussion über die Grösse und Ausdehnung der Geschwulst nur ungenügenden Aufschluss

geben. Nun kann man ja die Spannung der Muskeln durch Chloroform beseitigen, und durch Entleerung des Darmes vermittelst Purgantien und der Blase durch den Katheter das Volumen derselben verringern, aber am vortheilhaftesten wird für die Palpation der hinteren Seite des Tumors immer die Vaginal- und Rectaluntersuchung sein.

Bei Frauen wird in zweifelhaften Fällen die combinirte Untersuchung oder die gleichzeitige Exploration per vaginam und rectum die sichersten Resultate ergeben, auch kann man bei denselben, indessen ohne besonderen Nutzen, nach vorgängiger Erweiterung der Urethra durch einen Satz Specula, die Geschwulst von der Blase aus palpiren. Theilt man dem Uterus vermittelst der eingeführten Sonde Bewegungen mit, denen der Tumor folgt, oder wird der Uterus durch denselben fixirt, so entspringt der Tumor wahrscheinlich von dem Uterus oder dessen Umgebung. Lässt sich der Tumor von der Scheide aus leicht fühlen, so hängt er wahrscheinlich nicht mit der Bauchwand zusammen, oder er müsste sehr gross sein. Unter Umständen kann auch die Anamnese von erheblichem Nutzen sein: Giebt der Patient z. B. Beschwerden an, welche auf Peritonitis bezogen werden können, so hat man darauf zu achten, ob etwa ein abgesacktes peritoneales Exsudat einen Tumor vortäuscht.

Hat man auf diese Weise die praeperitoneale Lage der Geschwulst festgestellt, so handelt es sich nunmehr um den Nachweis der fibromatösen Structur derselben. Für ein Fibrom spricht der Zusammenhang des Tumors mit der Muskelschicht, wenn derselbe von derber Consistenz und scharf abgrenzbar ist. Dabei kann es sich eigentlich nur noch um Lipom handeln. Letztere haben am Bauche ihren Lieblingssitz in der Linea alba oder an bekannten Bruchpforten (die sogenannten Liporocelen). Bei denselben kann man dann meist einen Stiel fühlen,

welcher in der Tiefe zu einer Bruchpforte oder zu einer Lücke in der Aponeurose führt. Nun kommen aber in den Fibromen Cysten vor. Ihre Consistenz ist prall elastisch oder selbst fluctuirend. Die differentielle Diagnose von den übrigen cystischen Tumoren der Bauchwand kann sich dann zu einer sehr schwierigen gestalten.

Zuerst kommt dann die Berücksichtigung der Lage in Betracht. Cysten, welche dicht unter der Epidermis liegen und mit dieser zusammenhängen, können kaum etwas anderes sein als Follicularcysten. Cystengeschwülste in der Muskelschicht sind Cystofibrome oder Cystosarcome. In beiden Fällen werden sich neben der Cyste noch derbere Geschwulstmassen palpiren lassen. Eine differentielle Diagnose wird man dabei nur selten stellen können; für Sarcom spricht im Allgemeinen schnelleres Wachsthum. Kommt es darauf an, vor der Exstirpation eine unbedingt sichere Diagnose zu stellen, so wird man die Akidopeirastik zu Hülfe nehmen: Man reisst mit einem mit Widerhaken versehenen Troicartstilet Partikelchen aus der Geschwulst heraus, und untersucht dieselben mikroskopisch. Eine Verwechselung ist ferner möglich mit Echinococcengeschwülsten, welche, obwohl selten, in dieser Gegend beobachtet sind. Charakteristisch für dieselben ist das Hydatidenschwirren und die über die ganze Geschwulst reichende Fluctuation. Ovariencysten werden sich durch Exploration per vaginam oder rectum als intraperitoneal nachweisen lassen. Sarcome und Carcinome der Niere, welche ebenfalls in Betracht kommen könnten, tragen einen exquisit malignen Character. Sie wachsen schnell und führen bald zur Ausbildung einer Kachexie. Dazu kommt, dass sie vorwiegend bei Kindern und jugendlichen Personen beobachtet werden. Die Sarcome der Nebenniere sind selten: Sie kommen im mittleren Alter vor, greifen

in ihrem ferneren Wachsthum auf die Niere über und sind an der vorderen Bauchwand zu fühlen, ihre Consistenz ist weich-elastisch, sie lassen sich von dem Nachbargewebe nicht scharf abgrenzen. Eine Verwechselung mit Wanderniere kommt wohl kaum vor, da die nierenförmige Gestalt des leicht beweglichen Tumors bald auf die richtige Diagnose hinleitet. Erwähnt sei schliesslich noch eine mögliche Verwechselung mit einseitiger Hydronephrose. Letztere kann man nur vermuthen, wenn der Patient über Harnverhaltung klagt. Da nur in den seltensten Fällen ein absolutes Hinderniss für den Harnabfluss vorhanden ist, so wird der Tumor bald grösser und seine Consistenz praller, bald wird er geringer und weicher, je nachdem im Augenblick eine grössere oder geringere Menge Harn stagnirt, und hieraus wird sich dann ein sehr wichtiges Moment für die differentielle Diagnose ergeben.

Die Prognose der Fibrome des praeperitonealen Bindegewebes ist eine günstige, sobald eine radicale Entfernung noch möglich ist. Absolut ungünstig wird dieselbe, wenn der Tumor nicht in allen seinen Theilen entfernt werden kann. Alsdann wachsen die zurückgelassenen Theile der Geschwulst weiter und gefährden das Leben durch Compression wichtiger Organe, durch Blutungen und möglicherweise eintretende Jauchung. Verschieden gestaltet sich die Prognose der Exstirpation. Wird das Peritoneum nicht verletzt, so ist dieselbe eine vollständig gute, da bis jetzt kein derartiger Fall letal geendet hat. Etwas anders verhält sich die Prognose bei bestehender Verwachsung mit dem Bauchfell. Unter den 14 oben angeführten hierher gehörigen Fällen sind 4 mit letalem Ausgang zu verzeichnen, also eine Mortalität von 28—29 %. Indessen muss man bedenken, dass einige von diesen Exstirpationen noch vor Einführung der Antisepsis gemacht wurden. Seit Lister ist die

Verletzung des Bauchfells keine so bedenkliche mehr, und dieser Umstand berechtigt wohl, die Prognose auch bei bestehender Verwachsung mit dem Peritoneum nicht ganz ungünstig zu stellen.

Die Therapie der praeperitonealen Fibrome besteht in ihrer Exstirpation. Parenchymatöse Injectionen von Essigsäure, Höllensteinlösungen etc. nützen nichts, sie schaden im Gegentheil dadurch, dass sie Gangraenescenz des Tumors herbeiführen und so den Patienten den Gefahren der Pyaemie aussetzen. Weniger bestimmt lassen sich die Indicationen für die Zeit der Vornahme der Operation feststellen. Im Allgemeinen kann man behaupten, dass oberflächliche Tumoren weniger dringend die Exstirpation verlangen, als tiefsitzende, da bei letzteren die gefürchtete Complication einer Verwachsung mit dem Peritoneum um so wahrscheinlicher ist, je länger die Geschwulst bestanden hat. Die Gefahr wächst also mit der Grösse des Tumors, so dass es gerathen erscheint, die Exstirpation desselben so früh als möglich vorzunehmen. Als Richtschnur für den Arzt ergiebt sich aus diesen Erwägungen wohl Folgendes: Sobald ein praeperitoneales Fibrom sicher diagnosticirt ist, muss die Entfernung desselben so dringend als möglich hingestellt werden, da ein spontaner Stillstand im Wachsthum des Tumors so gut wie gar nicht anzunehmen ist, und die Patienten an und für sich sehr geneigt sind, die günstigste Zeit mit unnützem Abwarten zu verlieren. Anders hat man sich bei bestehender Gravidität zu verhalten. Bietet der Tumor keine dringende Indication, so wartet man am besten bis zur Beendigung der Schwangerschaft. Ist dagegen Gefahr im Verzuge, so kann man während der Gravidität operiren, ohne eine Unterbrechung derselben befürchten zu müssen. — Werden doch Ovariotomieen ohne Störungen der Gravidität ausgeführt!

Immerhin aber darf man an eine Operation, bei der

eine Verletzung oder Entblössung des Peritoneums möglich ist, nur unter Beobachtung der strengsten Antisepsis und nach gehörigen Vorbereitungen herangehen. Man giebt dem Patienten am Tage vor der Operation ein Purgans und einige Stunden vor derselben ein Clysma, um den Darm zu entleeren. Kurz vor der Operation verabreicht man ihm eine Dosis Opium, um die Peristaltik des Darmes zu hemmen. Man sorgt für wohl desinficirte Instrumente und Drains. Die Operation selbst nimmt man in einem gut durchwärmten Zimmer vor und zwar unter Carbolspray, in welchem die Carbolsäure zweckmässig auf 18° R. erwärmt ist. Die Ueberwachung der Narcose überträgt man einem zuverlässigen Assistenten.

Die Anlegung des Hautschnittes erfolgt wohl am besten parallel der Linea alba, obwohl auch einmal die Lage des Tumors eine andere Schnittführung erheischen kann. Ist der Nabel der Freilegung des Operationsterrains im Wege, so empfiehlt es sich nach Prof. Küster, denselben bis zu der Tiefe zu spalten, bis zu welcher die Geschwulst eindringt. Dann geht man Schritt für Schritt, die spritzenden Gefässe sofort unterbindend, auf den Tumor vor, und schält ihn allmählig aus seinen Verwachsungen heraus. Ist eine Verletzung des Peritoneums geschehen, so schliesst man dieselbe sofort mit Catgutligaturen. Darauf vereinigt man die Hautwunde mit carbolisirter Seide, nachdem man für den Abfluss der Wundsecrete ein oder auch zwei Drains eingelegt hat. Darüber legt man einen antiseptischen Verband an.

Die Nachbehandlung besteht in Verordnung der strengsten Ruhe. Der Patient darf das Bett nicht verlassen, und muss vor allen Aufregungen sorgfältig in Acht genommen werden. Von Medicamenten empfiehlt sich am meisten das Opium. Tritt Erbrechen ein, so lässt man kleine Eisstückchen schlucken. Nahrungsmittel

dürfen am ersten Tage nach der Operation gar nicht verabreicht werden. In den nächsten Tagen kann man Milch, klare Fleischbrühe und Wein in geringen Portionen zulassen, und dann allmählig zu kräftigerer Diät übergehen. Der Verband wird nur so oft gewechselt, als die grössere oder geringere Menge des Wundsecrets es erfordert. Ist der Wundverlauf normal, so kann der Patient nach etwa 14 Tagen das Bett verlassen, muss aber jede körperliche Anstrengung vermeiden. Nach 4—5 Wochen ist dann gemeinhin die Heilung beendet, und die Hautwunde vernarbt. War die letztere gross, so besteht die Gefahr der Narbendehnung in hohem Grade. Das Narbengewebe verliert nach einiger Zeit einen Theil seiner Widerstandsfähigkeit, so dass die Narbe durch den Druck der Eingeweide gedehnt wird — es bildet sich eine Hernia ventralis. Um dies zu verhindern, lässt man die Operirten zweckmässig beim Herumgehen eine elastische Bauchbinde tragen, an der man, wenn erforderlich, noch eine Pelotte anbringen kann, welche auf die Narbe eine Compression ausübt. Auf diese Weise ist man im Stande, die Nachtheile, welche grössere Narben am Abdomen im weiteren Verlaufe mit sich bringen, zu ganz minimalen zu gestalten.

Zum Schlusse sei es mir vergönnt, Herrn Prof. Dr. Küster für die Anregung zu dieser Arbeit, sowie für die gütige Ueberlassung der Fälle meinen Dank auszusprechen.

Literatur.

Virchow, Die krankhaften Geschwülste.

Virchow, Ueber Entzündungen und Ruptur des M. rect. abd. Würzburger Verhandlungen.

Billroth, Allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie.

Heinecke, Krankheiten des Bauches. Pitha-Billroth.

Krönlein, Die Langenbeck'sche Klinik im Jahre 1875.

Maydl, Ueber subcutane Muskel- und Sehnenzerreissungen. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.

W. Herzog, Ueber Fibrome der Bauchdecken. Vier Fälle aus der Volkmann'schen Klinik.

Graetzer, Die bindegewebigen Neubildungen der Bauchwand. Breslau 1879.

Cornils, De nonnullis fibromatis in teguminibus abdominis sitis. Dissertatio. Kiliae 1865.

Suadicani, Ueber Geschwülste in den Bauchdecken u. s. w. Dissertation. Kiel 1875.

K. v. Rokitansky, Wiener medizinische Presse 1880 Nr. 4 u. 5.

L. Ebner, Berliner klinische Wochenschrift 1880 Nr. 37.

Gersuny, Wiener medizinische Wochenschrift 1874 Nr. 36.

THESEN.

I.

Die Exstirpation der Bauchdeckenfibrome ist in einer möglichst frühen Zeit ihres Bestehens vorzunehmen.

II.

Sublimat ist vor der Hand das beste Antisepticum.

III.

Die Bezeichnung „croupöse Pneumonie“ ist, vom pathologisch-anatomischen Standpuncte aus betrachtet, unhaltbar, und dafür der Ausdruck „fibrinöse Pneumonie“ zu setzen.

VITA.

Verfasser dieser Arbeit, Richard Lemcke, evangelischer Confession, wurde am 12. April 1860 zu Berlin geboren. Er verliess das Friedrich-Werdersche Gymnasium zu Berlin am 11. März 1879 mit dem Zeugniss der Reife. Am 19. April desselben Jahres wurde er in der medizinischen Facultät hiesiger Friedrich-Wilhelms Universität immatriculirt. Vom 1. April bis 1. October 1880 genügte er seiner Dienstzeit mit der Waffe bei der 8. Compagnie des Kaiser Alexander Garde-Grenadier-Regiments Nr. 1. Am 26. November 1883 bestand er das Tentamen physicum, am 4. Juli 1884 das Tentamen medicum und am 15. Juli 1884 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse der Herren: Bardeleben, v. Bergmann, du Bois-Reymond, Eichler, Falk, Fraentzel, v. Frerichs, Gusserow, Harms, Hartmann, v. Helmholtz, Hirsch, Hofmann, Küster, v. Langenbeck Leyden, Lewin, Liebisch, Liebreich, Löhlein, Martin, Mendel, Meyer, Reichert, Schröder, Schweigger, Trautmann, Virchow, Westphal, Wolff, Wolffhügel.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern spricht Verfasser seinen aufrichtigsten Dank aus.